

Preverjanje zanesljivosti in veljavnosti slovenskega prevoda OQ-45,2

Investigating Reliability and Validity of the Slovene Translation of the OQ-45,2

Povzetek

Da bi objektivizirali evalvacijo psihoterapije neodvisno od vrste terapije ali simptomatike, so raziskovalci oblikovali OQ-45,2 – samoocenjevalni vprašalnik, ki ob ponovljeni uporabi omogoča spremljanje terapevtskih sprememb in evalvacijo poteka psihoterapije. V preliminarni aplikaciji slovenskega prevoda OQ-45,2 smo preverjali njegovo zanesljivost in veljavnost na nekliničnem (N = 121) in na kliničnem vzorcu (N = 25). Retestno zanesljivost za obdobje enega tedna smo preverjali s Pearsonovo produkt-moment korelacijo, notranjo konsistentnost smo ugotavljali s Cronbachovim koeficientom alfa, konkurentno veljavnost pa s korelacijo z vsebinsko relevantnimi inštrumenti: Samoocenjevalno lestvico simptomov - R (Symptom Checklist 90-R, SCL 90-R; Derogatis, 1977), Vprašalnikom anksioznosti (State Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, 1983), Beckovo lestvico depresivnosti (Beck Depression Inventory, BDI; Beck in dr., 1961) in Lestvico depresivnosti CESD (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CESD; Radloff, 1977). Ugotovili smo ugodno retestno zanesljivost 0,83 za neklinični oz. 0,97 za klinični vzorec. Notranja konsistentnost celotnega testa in dveh izmed treh podlestvic je zadovoljiva, podlestvica funkcionalnost socialnih vlog pa ima v nekliničnem vzorcu nezadostno notranjo konsistentnost. Vse korelacije z omenjenimi testi so statistično pomembne, tako da sklepamo na konkurentno veljavnost testa. V prihodnje bi bile potrebne nadaljnje aplikacije na večjem vzorcu, da bi izdelali slovenske norme ter izboljšali notranjo konsistentnost podlestvice funkcionalnost socialnih vlog.

Ključne besede

evalvacija psihoterapije, potek obravnave, validacija vprašalnika, OQ-45,2

Abstract

To objectivise the evaluation of psychotherapy independently of modality or symptomatology a questionnaire, OQ 45,2 has been devised which upon repeated use can track changes in therapy and so evaluate the therapeutic process. In a preliminary application the reliability of the Slovene translation of the OQ 45,2 on a nonclinical (N = 121) and clinical (N = 25) sample has been tested. The one week retest reliability was checked using the Pearson product-moment correlation. Internal consistency was checked using the Cronbach alpha coefficient and concurrent validity was checked by correlating relevant tests: Symptom Checklist 90-R, SCL 90-R (Derogatis, 1977), State Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, 1983), Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al, 1961), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD) (Radloff, 1977). We found a good retest reliability of 0,83 for the nonclinical and 0,97 for the clinical sample. The internal consistency of the global scale and two of the three subscales was satisfactory. The third subscale Social Role in the nonclinical trial had insufficient internal consistency. All correlations are statistically significant so we can confirm the concurrent validity of the test. Future studies using larger samples are needed to establish Slovene norms and to raise the internal consistency of the subscale Social Role.

Key words

evaluation of psychotherapy, process of treatment, validation of questionnaire, OQ-45,2

* TJAŠA KOS; SPECIALIZANTKA PSIHOTERAPIJE; T.JASA.KOS@GUEST.ARNES.SI

1. Uvod

Trend po z dokazi podprti učinkovitosti obravnav se z ekonomizacijo in z vstopanjem zavarovalniškega financiranja na področje mentalnega zdravja vse bolj širi tudi v psihoterapijo. Ekonomizacija in popularizacija psihoterapije sicer prinaša širšo dostopnost psihoterapevtskih storitev, po drugi strani pa terja od terapevtov jasno utemeljitev števila opravljenih ur. Značilen je trend porasta kratkotrajnih, ciljno usmerjenih psihoterapij, ki so običajno usmerjene na simptome in jih je zato lažje evalvirati.

V skladu s temi trendi po optimizaciji in racionalizaciji vloženi sredstev se je vse bolj jasno izoblikovala potreba po meri izida psihoterapevtske obravnave, ki bi bila

- poleg tega, da bi izpolnjevala ustrezne psihometrične kriterije veljavnosti in zanesljivosti
- še praktično uporabna.

Aplicirati naj bi jo bilo mogoče v različnih terapevtskih kontekstih ('settingih') in v okviru različnih modalitet, njena aplikacija in interpretacija pa bi morali biti skrajno hitri in enostavni. Na Brigham Young University se je zbrala skupina strokovnjakov, ki so si za nalogo zadali izdelati vprašalnik, ki bo odgovoril na zgoraj opisane zahteve. Nastal je Outcome Questionnaire (OQ), kratek samoocenjevalni inštrument, ki ob replicirani uporabi omogoča hitro in rutinizirano oceno klientovega statusa ter sledenje napredku psihoterapevtske obravnave. Inštrument je naletel na izredno dober odziv, tako da danes poznamo celo družino instrumentov OQ Measures (več na www.Oqfamily.com).

Glede na situacijo v Sloveniji, ko stojimo pred sprejetjem pravno-formalne regulacije področja psihoterapije, ki naj bi to stroko potegnila iz območja sive ekonomije in uredila položaj psihoterapevtov ter zagotovila standarde kakovosti psihoterapevtskih obravnav, je za naš prostor v tem trenutku iz družine inštrumentov OQ Measures zagotovo najširše uporaben OQ-45,2, ki ga v nadaljevanju podrobneje predstavljam.

1.1 OQ-45,2

Inštrument temelji na pragmatičnih izhodiščih in ne na posamezni psihopatološki paradigmi ali psihoterapevtski modaliteti, prav tako ni omejen na evalvacijo napredka psihoterapije zgolj pri določenih simptomatskih slikah. OQ je bil oblikovan v želji, da bi omogočili evalvacijo izidov psihoterapije neodvisno od teoretičnega konteksta, dolžine trajanja terapije, izkušenosti terapevta ali specifične simptomatske slike klienta. OQ-45,2 lahko uporablja terapevt katerekoli psihoterapevtske usmeritve z različnimi implikacijami. Pri sestavljanju so avtorji izhajali iz prevalece simptomov, nad katerimi so se pritoževali klienti. Tako se posamezne postavke v njem nanašajo na depresivnost, anksioznost, zlorabo substanc, kompulzije ipd. Vendar test ostaja nespecifičen.

OQ-45,2 je zanesljiv in veljaven samoocenjevalni vprašalnik za rutinsko in hitro ocenjevanje pacientovega psihičnega statusa, ki s tem omogoča sledenje poteku terapije in merjenje (klinično pomembnih) sprememb. Vsebuje 45 postavk, ki jih pacient oz. klient oceni na pet-stopenjski Likartovi lestvici (vrednosti od 0 – nikoli do 4 – skoraj vedno) in posreduje informacijo o treh področjih: (1) simptomatski distress, (2) medosebni odnosi in (3) funkcionalnost v socialnih vlogah. Maksimalen možen rezultat je 180 točk, pri čemer višji rezultat pomeni višjo psihopatologijo. Vprašalnik vključuje tudi t. i. alarmantna vprašanja, ki opozarjajo na stanje klienta, ki zahteva posebno pozornost (samomorilnost, zloraba drog oz. alkohola, nasilje na delovnem mestu). Reševanje vprašalnika traja od 5 do 7 minut, terapevt pa ga ovrednoti v 3 minutah.

Razvite so tudi različne skupinsko-specifične norme. Več kot 40% ljudi, ki iščejo pomoč v sve-tovalnih centrih za duševno zdravje ima splošni skupni rezultat manjši od klinično pomembne meje 63 točk. Tekom obravnave pa lestvica simptomatskega distresa običajno hitreje odreagira kot ostali dve, tako da na njej najhitreje opazimo spremembo.

OQ-45,2 je le eden izmed družine inštrumentov OQ Measures ki se osredotočajo na merjenje sprememb v terapiji in je del širšega računalniško podprtega sistema OQ-analyst. Klienti lahko vprašalnik rešujejo v obliki papirja in svinčnika ali neposredno v računalnik. Podatki se potem direktno obdelajo in program na podlagi številnih kompleksnih statističnih algoritmov, ki so plod desetletnih raziskav, izračuna trende, kategorizira v skupine glede na ocenjen napredek oz. glede na prognozo nadaljnega poteka terapije. Grafični prikazi, ki jih program izdela na podlagi izbranih norm primerjajo potek obravnave posameznika (prek ponovljenih ocenjevanj) s pričakovanim potekom ter predvidijo najverjetnejši nadaljnji potek terapije. Program tudi generira predloge za nadaljnji potek terapevtske obravnave.

OQ se je razširil v različne oblike terapevtske prakse. Pogosto ga uporabljajo v velikih organi-zacijah, kot so javni centri za duševno zdravje in psihiatrične bolnišnice, kjer z njegovo uporabo med drugim pripomorejo k jasni bilanci med stroški in dobički, pa tudi v manjših centrih in privatni praksi, kjer terapevtom pomaga pri optimalnem vodenju obravnave, pri klientih pa deluje v smislu prevencije padca motivacije. V nekaterih državah predstavlja tudi ustaljeno obliko referiranja zavarovalnicam in utemeljevanja potrebnega kontingenta ur. Najširše uporaben iz družine OQ inštrumentov pa je prav OQ-45,2, ki je trenutno preveden v 12 jezikov.

1.2 Teoretična izhodišča lestvic OQ-45,2

OQ-45,2 meri tri dimenzije in sicer: (1) simptomatski distres, (2) medosebni odnosi in (3) funk-cionalnost v socialnih vlogah. Inštrument ne temelji na neki specifični teoretični paradigmi, pač pa je njegova orientacija povsem empirična. Tako so tudi njegove tri poddimenzije empirično utemeljene. V nadaljevanju na kratko predstavljam osnovo za vsako izmed njih. Predstavitev povzemam po priročniku za uporabo OQ-45,2 (Administration and scoring manual for the OQ-45,2; Lambert, Morton, Hatfield, Harmon, Hamilton, Reid, Shimokawa Christopherson,, Burlin-game, 2004) Postavke, vključene v OQ-45,2 naslavlajo širok spekter problemov, ki se pogosto pojavljajo pri raznih motnjah, ter merijo osebno in interpersonalno relevantne karakteristike, ki vplivajo na življenje posameznika. Veliko pozornost so posvetili temu, da je število postavk ostalo majhno, saj je bilo le tako mogoče zagotoviti praktično uporabnost inštrumenta.

Lestvica simptomatskega distresa (SD) meri distres, ki ga klient doživlja spričo simptomov.

Oblikovana je bila na podlagi dveh virov:

a) NIMH študije ki jo je leta 1988 izvedel Regier s sodelavci in je zajela pet pokravnih regij v ZDA ter

b) pregleda nacionalne zavarovalniške evidence prevalence DSM-III-R diagnoz.

Epidemiološka študija iz leta 1988, ki je zajela 18.571 ljudi iz ZDA, je pokazala, da 15,4% populacije starejših od 18 let izpolnjuje diagnostične kriterije za neko psihično motnjo. 12% populacije je dobilo diagnozo anksioznosti ali afektivne motnje. Zavarovalniška dokumenta-cija, ki je poročala o klasifikaciji 2.145 posameznikov je pokazala, da je približno ena tretjina diagnoz vključevala neko obliko afektivne motnje, nadaljnja tretjina pa je imela neko obliko anksiozne motnje, vključno s PTSD. Po teh podatkih so intrapsihični simptomi, ki bi jih veljalo najpogosteje meriti povezani z depresivnostjo in anksioznostjo, še posebno, če se upošteva tudi prilagoditvene motnje. Vendar pa obsežne raziskave kažejo, da je te simptome pogosto težko razločevati, saj se često pojavijo skupaj in sicer tudi pri pacientih, ki imajo druge vrste diagnoz.

Zato je OQ močno nasičen s takšnimi postavkami, ločenih lestvic simptomov depresivnosti in anksioznosti pa niso poizkušali oblikovati. Poleg teh dveh motenj je bila najpogostejša diagnoza zloraba substanc, tako da so v OQ vključili tudi tovrstne postavke.

Lestvica interpersonalni odnosi (IR) meri stopnjo nezadovoljstva v medosebnih odnosih. Številne raziskave o zadovoljstvu z življenjem (na primer Andrews in Witney, 1974; Beiser, 1983; Blau, 1977; Deiner, 1984; Veit in Ware, 1983) so pokazale, da ljudje smatrajo pozitivne medosebne odnose za ključne pri zadovoljstvu z življenjem. Raziskava o pacientih, ki iščejo psihoterapevtske storitve pa je pokazala, da je njihova najpogostejša pritožba često vezana na medosebne odnose (Horowitz, 1979; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno in Villasenor, 1988; v: Lambert in sod., Dejavniki, ki se povezujejo s kvaliteto življenja, od študije do študije sicer precej variirajo, večina pa jih poudarja pomen intimnih odnosov in njihov osrednji prispevek k dobremu počutju. Zato so v OQ-45,2 vključili postavke, ki se navezujejo na prijateljstvo, družino in zakon; merile naj bi razdor, izolacijo, konflikt in izogibanje v medosebnih odnosih. Te postavke so oblikovali na podlagi literature iz družinske terapije ter na podlagi pritožb glede interpersonalnih odnosov o katerih so poročali v psihoterapevtsko obravnavo vključeni pacienti.

Lestvica funkcionalnost v socialnih vlogah (SR) meri pacientovo stopnjo nezadovoljstva, konfliktov, distresa in neadekvatnosti v vlogah, ki so povezane z njegovim delom, družinsko vlogo in prostim časom. Sloni na predpostavki, da intrapsihični problemi in simptomi lahko vplivajo na posameznikovo sposobnost delati, ljubiti in zabavati se. To potrjujejo tudi zgoraj omenjene raziskave o zadovoljstvu z življenjem, pa tudi ugotovitve, da simptomi, ko jih ljudje enkrat začnejo razvijati, vplivajo na vse aspekte njihovih življenj (Frisch, Cornell, Villanueva in Retzlaff, 1992; v: Lambert in sod., 2004). Postavke merijo dejavnost v societalnih nalogah, kot so delo in prosti čas. Avtorji (na primer Beiser, 1983; Blau, 1977; Frisch in dr., 1992; Veit in Ware, 1983) ugotavljajo, da zadovoljstvo na teh področjih visoko korelira s splošnim življenjskim zadovoljstvom.

Da bi povečali preventivno delovanje OQ-45,2 so avtorji vključili kritične postavke, ki opozorijo terapevta, da je potrebno določenim vidikom nemudoma posvetiti več pozornosti. Nanašajo se na samomorilnost, zlorabo drog in na nasilje na delovnem mestu. Če klient katerokoli od teh postavk označi z vrednostjo, večjo kot 1, naj bi bil to za terapevta signal, da je potrebno tem področjem nemudoma posvetiti večjo pozornost. Poseben problem tukaj predstavlja samomorilnost, saj pri praktičnih pogosto naletimo na (znanstveno neosnovana) implicitna prepričanja, da bodo s spraševanjem o samomorilnih idejah tovrstno razmišljanje pri pacientu vzpodbudili, ali pa jih je strah, da bi se zmotili in bi klienta s takšnimi vprašanji užalili. Nekatera izmed teh vprašanj težko postavijo celo izkušeni strokovnjaki, ki se pogosto srečujejo s samomorilno ogroženimi osebami. Izkaže pa se, da pogumno in premočrtno spraševanje o teh stvareh pacientu pomaga odpreti tiste poti, o katerih ni zmozel govoriti (Tekavčič Grad in Topolovec, 2003).

1.3 Vrednotenje In Interpretacija OQ-45,2

Pri vrednotenju in interpretaciji OQ-45,2 so veliko pozornost posvetili praktični uporabnosti testa, zato je vrednotenje zelo enostavno in časovno ekonomično. Lahko se odločimo za seštevanje po predloženem ključu ali za uporabo računalniškega programa, ki omogoča hitro in natančno vrednotenje, hkrati pa uporablja tudi algoritme, ki ponujajo izračun določenih indeksov in kategorizacijo poteka terapije. Računalniški program omogoča tudi takojšnje primerjanje rezultatov z ustrežno referenčno skupino. Opravljenih je bilo veliko število raziskav na zelo različnih populacijah, kar olajšuje iskanje optimalne referenčne skupine. Na voljo so norme tako za neklinično, kot za klinične populacije, vključene v različne oblike obravnave (hospitalizirane, ambulantno

vodene ipd.; podrobnejši opis v Administration and scoring manual for the OQ-45,2, Lambert in sod., 2004). Naj na tem mestu navedem le podatke iz ZDA, kjer za neklinično populacijo povprečna ocena znaša 45,1 (SD = 18,57), za hospitalizirane psihiatrične bolnike pa 88,80 (SD = 26,66).

Avtorji ne poročajo o razlikah v srednjih vrednostih med moškimi in ženskami, tako da spolno specifične norme niso izdelane. Glede starostnih norm obstajajo rezultati za aplikacije pri respondentih, starejših od 17 let. Po dosedanjih podatkih ni pomembne korelacije med starostjo in rezultati na OQ-45,2 (Lambert in sod. 2004). Callahan in Hynan (2002) pa sta poročala o nekaterih specifikah določenih starostnih skupin pri klinični populaciji.

Glede etnične specifičnosti in transkulturnosti je bilo izvedenih veliko študij, vendar so za enkrat podatki preskromni, da bi dopuščali jasne zaključke. Ameriški podatki kažejo, da OQ-45,2 črnecv in južnoameričanov španskega porekla v primerjavi z belci ne patologizira, so pa afroameričani in belci različno odgovarjali na določene postavke (prim. afroameričani višje na vprašanja, ki se nanašajo na zlorabo substanc). Avtorji opozarjajo na večjo previdnost pri interpretaciji rezultatov iz azijskega kulturnega področja (azijske skupine so kazale dosledno višje rezultate) – tudi tu pa ostaja relevantna ideografska veljavnost testa.

Poleg samega rezultata vključuje OQ-45,2 sistem, ki omogoča terapevtu oceniti potek terapije glede na referenčno skupino pacienta ter tako po potrebi daje možnost prilagoditve obravnave. Neredko se namreč zgodi, da klienti v terapiji ne napredujejo po pričakovanjih, kar je eden od ključnih vzrokov za padeč motivacije in s tem za predčasen izstop iz terapije. Zato so v OQ-45,2 razvili opozorilni sistem, ki kliniku omogoča identificirati neugodne poteke terapije, tako da lahko pravočasno ustrezno ukrepa. Gre za empirično postavljen sistem, ki vsebuje tabele in grafe predvidenih napredkov v terapiji. Vermeersch s sodelavci (2003) je izpopolnil algoritem štirih kategorij kot stopenj spremembe (glede na klientovo referenčno skupino): (1) zeleno območje stopnje spremembe pomeni, da pacient ustrezno napreduje in da ni potrebno spremeniti načrta obravnave; (2) belo območje pomeni, da pacient funkcionira v normalnem območju, da je torej čas za razmislek o zaključku terapije; (3) rumeno območje nakazuje, da je stopnja spremembe manjša od pričakovane in da bi bilo potrebno razmisliti o spremembi načina obravnave; (4) rdeče območje opozarja, da pacient ne dosega pričakovane stopnje napredka in da obstaja povečana verjetnost, da bo izstopil iz obravnave.

Še posebno učinkovita je bila rutinizirana oz. večkratna aplikacija pri tistih klientih, ki nimajo občutka, da bi se njihovo stanje tekom terapije izboljševalo – motivacija jim pade in predčasno izstopijo iz terapije. Običajno ostanejo neidentificirani vse dokler jim motivacija ne pade do te mere, da za sodelovanje niso več zainteresirani. Z oceno prek OQ-45,2 pa jih terapevt lažje opazi in ima tako možnost pravočasno ustrezno modificirati obravnavo. V vrsti študij so Vermeersch in sodelavci (2003) ugotovili, da povratne informacije terapevtu pri pacientih, ki so napredovali po pričakovanjih (belo in zeleno območje) niso vodile k pomembni variaciji števila terapevtskih ur. Pri klientih, ki jih je algoritem uvrstil v rdeče in rumeno območje pa so ugotovili, da so ostali v terapiji dalj časa, če so o teh rezultatih obvestili njihove terapevte. Še boljši je bil odziv, če so o rezultatih obvestili tudi same kliente. Klienti v rizičnem območju so v tem primeru imeli večje število ur terapevtske obravnave, obravnave same pa so bile bolj ustrezno naravnane na specifično njihovo problematiko (Fogel, 2003).

Klinično pomembna sprememba (KPS) se nanaša na spremembe v funkcioniranju pacienta, ki so zanj pomembne. Ta pristop ima implikacije tudi za raziskovanje in za evalvacijo poteka psihoterapevtske obravnave, saj terapevtu omogoča osredotočanje na dejanske, življenjske aspekte klientovega funkcioniranja, namesto na primerjave s skupinskimi povprečji in s statistično po-

membnimi odstopanji – zmanjšal pa naj bi tudi razkorak med raziskavami in psihoterapevtsko prakso. KPS danes opredelimo kot premik klienta, ki je bil na začetku v nefunkcionalnem območju v funkcionalno območje, ta sprememba pa mora biti statistično zanesljiva. V okviru OQ-45,2 se za izračun KPS uporablja metoda po Jacobson-Truax (1991).

Wolgast (2003) je pri preučevanju KPS z OQ-45,2 ugotovil, da lahko razliko, ki je enaka ali večja od 14 točk, glede na rezultate ob vstopu v obravnavo, opredelimo kot KPS. Funkcionalni klienti so za takšno spremembo potrebovali 18 seans, manj disfunkcionalni 13, disfunkcionalni pa 6 seans. Takšni rezultati se na prvi pogled morda zdijo kontraintuitivni, saj bolj disfunkcionalni za KPS potrebujejo manjše število obravnav. Avtor rezultat razlaga s tem, da je pri večji disfunkcionalnosti – npr. pri rezultatu 120 lažje doseči izboljšanje 14 točk (torej rezultat 106), kot pa pomagati funkcionalnemu posamezniku, ki ima že ob vstopu v terapijo relativno nizek rezultat.

1.4 Zanesljivost in veljavnost

Psihometrične karakteristike inštrumenta OQ-45,2 so zelo ugodne. Zanesljivost so po navedbah iz priročnika preverjali na vzorcu 157 študentov, njihova povprečna starost je bila 23,04 let (SD = 3,41), 34% je bilo moških in 67% žensk. Ugotovili so visoko notranjo konsistentnost, korelacija test-retest pa je bila visoka in sicer 0,84 ter pomembna ($p < 0,01$).

Da bi dobili občutek za stabilnost rezultatov OQ-45,2 v času so inštrument 10 tednov aplicirali na vzorcu 65 dodiplomskih študentov. Po teh podatkih je OQ-45,2 skozi čas dokaj stabilen, zanesljivost pa se z večjo časovno oddaljenostjo testiranja manjša (retestna korelacija za obdobje enega tedna je bila 0,82, za 10 tednov pa 0,66).

Po navedbah iz priročnika so konkurentno veljavnost preverjali na vzorcu študentov s Pearsonovo produkt-moment korelacijo med rezultati na OQ-45,2 in naslednjimi inštrumenti: Symptom Checklist 90 R (SCL 90 R; Derogatis, 1977); Beck Depression Inventory (BDI; Beck, et al., 1961); Zung Self Rating Depression Scale (ZSDS; Zung, 1965); Zung Self Rating Anxiety Scale (ZSAS; Zung, 1971); Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS; Taylor, 1953); State Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, 1983); Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz, et al., 1988); Social Adjustment Scale (SAS; Weissman in Bothwell, 1976); in the SF 36 Medical Outcome Questionnaire (Ware, Snow, Kasinko in Gandek, 1994). Poleg tega je majhen vzorec pacientov (N = 18) reševal OQ-45,2 The Friedman Well Being Scale (Friedman, 1994). Vse korelacije med OQ-45,2 (skupni rezultat in vse podlestvice) z omenjenimi testi so bile pomembne ($p < 0,01$).

Umphress, Lambert, Smart, Barlow in Clouse so 1997 izvedli še študijo s kliničnimi vzorci v različnih terapevtskih kontekstih (N = 183). Vključili so tri klinične vzorce. Enega so sestavljali klienti študentskega svetovalnega centra (N = 53), drugega ambulantno obravnavani pacienti (N = 106), tretjega hospitalizirani pacienti (N = 24).

Udeleženci so poleg OQ-45,2 izpolnili SCL-90 R, Ocenjevalno lestvico socialne prilagodjenosti »Social Adjustment Rating Scale«*** – samoocenjevalno obliko in vprašalnik medosebnih problemov »The Inventory of Interpersonal Problems«***. Podobno kot pri nekliničnem vzorcu so bile tudi tukaj korelacije pozitivne in visoke (za več podrobnosti gl. priročnik ali Kos, 2009). Na podlagi teh podatkov je mogoče sklepati, da ima OQ visoko do zmerno konkurentno veljavnost z široko paleto inštrumentov, ki naj bi merili podobne spremenljivke. Najvišje so bile korelacije s skupnim rezultatom. Uporabniki v klinični praksi so lahko prepričani, da skupni rezultat na OQ-45,2 predstavlja mero duševnega zdravja, ki visoko korelira z raznimi inštrumenti, name-

njenimi merjenju klastrov simptomov anksioznosti, depresivnosti, kvalitete življenja, socialne prilagojenosti in medosebnega funkcioniranja. Položaj treh podlestvic je nekoliko bolj negotov. Lestvica simptomatskega distresa visoko korelira (korelacije okoli 0,85) z merami težav spričo simptomov. Obe ostali podlestvici pa kažeta zmerne (okoli 0,65) korelacije tako z merami distresa spričo simptomov, kot tudi z merami, ki so namenjene merjenju problematike na drugih področjih. (Lambert in sod.,2004).

1.5 Namen in cilji preliminarne aplikacije slovenskega prevoda OQ-45,2

S slovenskim prevodom OQ-45,2 smo želeli v našem psihoterapevtskem prostoru ponuditi univerzalen in na prakso usmerjen inštrument za spremljanje in evalvacijo psihoterapevtskih obravnav. Zanesljivost in veljavnost slovenskega prevoda smo preverili s preliminarno aplikacijo na nekliničnem in na kliničnem vzorcu. Glede na podatke o medkulturni univerzalnosti iz priročnika smo predvidevali, da bosta zanesljivost in veljavnost slovenskega prevoda OQ-45,2 zadovoljivi.

2.0 Metoda

2.1 Udeleženci

Vključili smo neklinični in klinični vzorec. V nekliničnem vzorcu je sodelovalo 121 udeležencev iz splošne populacije, ki niso bili vključeni v psihiatrično obravnavo, starih od 21 do 68 let. Povprečna starost je bila 41,1 let ($SD = 12,1$). 21 je bilo moških (17,4%), 98 pa žensk (81,0%). Pri dveh udeležencih podatek o spolu manjka. Od teh sta retestno verzijo OQ-45,2 izpolnila 102 respondentov.

Skupina klinično obravnavanih pacientov je bila v obravnavi v Psihiatrični bolnišnici Idrija. V raziskavi so udeleženci sodelovali prostovoljno, z namenom in potekom raziskave so bili seznanjeni na njim razumljiv način, podpisali pa so tudi izjavo o obveščnem soglasju. V tej skupini je vprašalnike reševalo 30 oseb, pri čemer smo zaradi pomanjkljivih podatkov 5 vprašalnikov izločili. Tako je v raziskavi sodelovalo 25 oseb, starih od 29 do 65 let, povprečna starost je bila 47,1 let ($SD = 9,1$). 24 udeležencev je bilo moškega spola (96%), 1 udeleženka pa je bila ženska (4%).

2.2 Pripomočki

Pri preverjanju zanesljivosti in veljavnosti slovenskega prevoda OQ-45,2 smo uporabili naslednje inštrumente: Samoocenjevalno lestvico simptomov - R (Symptom Checklist 90-R, SCL 90-R; Derogatis, 1977), Vprašalnik anksioznosti (State Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, 1983), Beckovo lestvico depresivnosti (Beck Depression Inventory, BDI; Beck in dr., 1961), Lestvico depresivnosti CESD (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CESD.

Radloff, 1977), Vprašalnik izida terapije (Outcome Questionnaire 45,2, OQ-45,2; Lambert in dr., 2004).

Nobeden izmed navedenih inštrumentov ni uradno registriran pri Centru za psihodiagnostična sredstva, se pa vsi (z izjemo OQ-45,2) v slovenskem prostoru v praksi zelo pogosto uporabljajo. Zaradi majhnosti slovenskega prostora je nabor uradno prevedenih inštrumentov pri nas izredno omejen, tako da nobeden izmed omenjenih inštrumentov ni uradno preveden.

2.3 Postopek

Potem, ko je prof. Gary M. Burlingame dal pisno dovoljenje za slovenski prevod OQ-45,2 smo na podlagi angleške in nemške verzije oblikovali slovenski prevod. Ustreznost prevoda smo zagotovili tudi s povratnim prevodom.

Pri nekliničnem vzorcu so respondenti po uvodni razlagi namena in poteka študije in zagotovitvi anonimnosti dobili vprašalnike. Po preteku enega tedna so prek elektronske pošte dobili opomnik, ki jih je spomnil na drugo reševanje OQ-45,2, ki naj bi ga izpolnili en teden po reševanju prvega snopiča vprašalnikov. Del respondentov je gradivo prejel v tiskani, del pa zgolj v elektronski obliki. Respondenti so vprašalnike vračali osebno ali pa po elektronski oz. navadni pošti. Pri kliničnem vzorcu je aplikacijo v skladu s strokovnimi standardi izvedla mag. Nuša Podobnik, spec. klin. psih. iz Psihiatrične bolnišnice Idrija.

Vprašalniki so bili razvrščeni po naslednjem zaporedju: uvodni del s pojasnilom namena raziskave, nekaj demografskih vprašanj, SCL-90, STAI-x1, STAI-x2, CESD, OQ-45,2 in še ena verzija OQ-45,2, ki se je reševala z enotedenskim zamikom. V kliničnem vzorcu pa je bil CESD nadomeščen z BDI.

3.0 Rezultati

3.1 Neklinični vzorec

Tabela 1. Deskriptivne statistike za OQ in njegove lestvice ter za ostale uporabljene instrumente za neklinični vzorec

	<i>N</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
SCL-90	121	0,00	1,76	0,39	0,30
STAI-x1	121	20,00	70,00	33,78	10,38
STAI-x2	121	21,00	62,00	35,69	8,21
CESD	121	20,00	51,00	28,65	6,90
OQ1	121	1,00	89,00	37,58	17,33
OQ2	106	2,00	73,00	37,48	16,74
Medosebni odnosi	121	0,00	24,00	10,47	5,61
Simptomatski distress	121	1,00	55,00	17,76	10,20
Funkcionalnost socialnih vlog	121	0,00	18,00	9,35	3,91

Nekateri izmed povprečnih rezultatov na OQ-45,2 (predstavljeni v tabeli 1) so statistično pomembno nižji od norm v priročniku in sicer tako za ameriški ($N = 815$) kot za nemški ($N = 102$) vzorec.

Skupni rezultat na OQ-45,2 je pomembno nižji kot v ameriškem vzorcu ($M = 45,19$; $SD = 18,57$) $t(120) = -4,826$ ($p < 0,01$), pa tudi kot v nemškem vzorcu ($M = 48,16$; $SD = 18,23$), $t(120) = -6,711$ ($p < 0,01$).

Pri podlestvicah je prišlo do največjih razlik v povprečnih ocenah na podlestvici simptomatskega distressa in sicer je bila razlika z ameriškim vzorcem ($M = 25,43$; $SD = 11,55$) statistično pomembna $t(120) = -8,273$ ($p < 0,01$), prav tako pa je bila na tej lestvici statistično

pomembna tudi razlika v povprečnih ocenah med našim in nemškim vzorcem ($M = 25,73$; $SD = 10,26$), $t(120) = -8,596$ ($p < 0,01$). Do manjših razlik je prišlo v povprečnih ocenah na ostalih dveh podlestvicah, in sicer na lestvici medosebni odnosi z ameriškim vzorcem ($M = 10,20$; $SD = 5,56$), $t(120) = 0,532$ ($p = 0,596$) in z nemškim vzorcem ($M = 10,81$; $SD = 5,74$), $t(120) = -0,665$ ($p = 0,507$), pri čemer razlike niso bile statistično pomembne, ter na lestvici funkcionalnost socialnih vlog, kjer razlike v povprečnih ocenah med našim in ameriškim ($M = 9,56$; $SD = 3,87$), $t(120) = -0,581$ ($p = 0,562$) in nemškim vzorcem ($M = 9,81$; $SD = 3,91$), $t(120) = -1,283$ ($p = 0,202$) prav tako niso bile statistično pomembne.

Retestno zanesljivost smo preverjali s Pearsonovo produkt-moment korelacijo in je po enem tednu znašala 0,83 ($p < 0,01$).

Notranjo konsistentnost smo preverjali s koeficientom alfa. Vrednosti koeficienta za skupni rezultat OQ-45,2 in za posamezne podlestvice prikazujem v naslednji tabeli.

Tabela 2. Vrednosti koeficienta alfa za skupni rezultat na OQ-45,2 in za posamezne lestvice za neklinični vzorec

	<i>alfa</i>
OQ-45,2	0,92
Simptomatski distres	0,90
Medosebni odnosi	0,79
Funkcionalnost socialnih vlog	0,63

Veljavnost smo preverjali prek korelacije OQ-45,2 z nekaterimi vsebinsko relevantnimi inštrumenti. Korelacije predstavljam v spodnji tabeli.

Tabela 3. Korelacije skupnega rezultata na OQ-45,2 in na posameznih lestvicah z uporabljenimi inštrumenti

	SCL-90	STAI-x1	STAI-x2	CESD
OQ1	0,75**	0,62**	0,83**	0,69**
Simptomatski distres	0,77**	0,55**	0,79**	0,67**
Medosebni odnosi	0,57**	0,54**	0,71**	0,58**
Funkcionalnost socialnih vlog	0,51**	0,52**	0,63**	0,47**

Opomba. ** $p < 0,01$

Iz zgornje tabele vidimo, da so vse korelacije skupnega rezultata OQ-45,2 ter njegovih treh lestvic z uporabljenimi inštrumenti statistično pomembne ($p < 0,01$).

Skupni rezultat OQ-45,2 je zelo visoko koreliral z SCL-90, STAI-x2 in s CESD, nekoliko nižje pa s STAI-x1.

Glede posameznih lestvic velja izpostaviti, da je z uporabljenimi inštrumenti najvišje korelirala lestvica simptomatskega distresa in sicer so korelacije s SCL-90 in STAI-x2 presegle

0,75. Nekoliko nižja je bila le korelacija s STAI-x1, ki je znašala 0,55. Obe ostali lestvici sta imeli nekoliko nižje korelacije. Najnižje so bile na lestvici funkcionalnost socialnih vlog in sicer je ta lestvica najvišje korelirala s STAI-x2 nekoliko nižje s STAI-x1 in s SCL-90 najnižje pa s CESD V podobnih okvirjih so se gibale tudi korelacije uporabljenih inštrumentov z lestvico medosebnih odnosov – le-ta je najvišje korelirala s STAI-x2, nekoliko nižje s SCL-90 in s CESD, najnižje pa s STAI-x1.

3.2 Klinični vzorec

V nadaljevanju predstavljam podatke, ki smo jih dobili pri kliničnem vzorcu.

Tabela 4. Deskriptivne statistike za uporabljene inštrumente ter za podlestvice OQ-45,2

	<i>N</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
SCL-90	25	0,04	1,79	0,58	0,51
STAI-x1	25	21,00	60,00	37,36	9,17
STAI-x2	25	26,00	60,00	39,60	9,50
CESD	25	0,00	42,00	8,24	9,89
OQ1	25	14,00	107,00	46,08	23,10
OQ2	23	14,00	110,00	48,00	23,89
Simptomatski distres	25	5,00	53,00	22,96	13,27
Medosebni odnosi	25	2,00	33,00	12,64	6,74
Funkcionalnost socialnih vlog	25	3,00	21,00	10,48	4,52

Vsi povprečni rezultati na OQ-45,2 za naš klinični vzorec (predstavljeni v tabeli 4) so statistično pomembno nižji kot rezultati, ki jih navajajo v priročniku za vzorec v študentski psihiatrični ambulanti obravnavanih pacientov ($N = 76$). Zelo velika je razlika med povprečnim skupnim rezultatom na kliničnem vzorcu in rezultati, o katerih poročajo v priročniku ($M = 78,01$; $SD = 25,71$), $t(24) = -6,91$, ($p = 0,00$). Prav tako so bile velike razlike na posameznih podlestvicah: na lestvici simptomatskega distresa ($M = 42,88$; $SD = 14,72$), $t(24) = -7,52$ ($p = 0,00$), na lestvici medosebni odnosi ($M = 17,25$; $SD = 6,61$), $t(24) = -3,42$ ($p = 0,00$), na lestvici funkcionalnost socialnih vlog ($M = 14,24$; $SD = 5,72$) pa $t(24) = -4,16$ ($p = 0,00$).

Retestno zanesljivost smo preverjali s Pearsonovo produkt-moment korelacijo ki je po enem tednu znašala 0,97 in je statistično pomembna na nivoju tveganja 0,01.

Notranjo konsistentnost smo preverjali s koeficientom alfa. Vrednosti tega koeficienta za skupni rezultat OQ-45,2 in za posamezne lestvice predstavljam v spodnji tabeli.

Tabela 5. Vrednosti koeficienta alfa za skupni rezultat in za posamezne lestvice OQ-45,2 pri kliničnem vzorcu

	alfa
OQ-45,2	0,95
Simptomatski distres	0,92
Medosebni odnosi	0,87
Funkcionalnost socialnih vlog	0,71

Iz tabele razberemo relativno visoke vrednosti koeficienta alfa tako za skupni rezultat OQ-45,2, kot tudi za posamezne lestvice.

Veljavnost inštrumenta smo preverjali prek Pearsonove produkt-moment korelacije z več inštrumenti. Korelacije med temi inštrumenti in OQ-45,2 ter njegovimi lestvicami predstavlja tabela 6.

Tabela 6. Korelacije med uporabljenimi inštrumenti in skupnim rezultatom na OQ-45,2 ter posameznimi lestvicami za klinični vzorec

	SCL-90	STAI-x1	STAI-x2	BDI
OQ1	,829**	,883**	,905**	,827**
Simptomatski distres	,848**	,857**	,916**	,794**
Medosebni odnosi	,675**	,824**	,811**	,807**
Funkcionalnost socialnih vlog	,738**	,770**	,725**	,689**

Opombe. ** $p < 0,01$

Vse korelacije OQ-45,2 in njegovih lestvic z uporabljenimi inštrumenti so statistično pomembne ($p < 0,01$).

Skupni rezultat OQ-45,2 je najvišje koreliral z lestvico STAI-x2, visoke pa so bile tudi korelacije z ostalimi uporabljenimi inštrumenti, vse so namreč presegale 0,80. Lestvica simptomatskega distresa je najvišje korelirala z lestvico STAI-x2, zelo visoke pa so bile tudi korelacije z vprašalnikom SCL 90 in s STAI-x1. Najnižje, a še vedno visoke pa so bile korelacije z BDI. V priročniku najdemo zgolj podatke za korelacije kliničnega vzorca in SCL-90, ki pa so nekoliko nižje kot smo jih dobili v naši raziskavi: za skupni rezultat navajajo korelacijo 0,78, za podlestvico simptomatskega distresa 0,82, za lestvico medosebni odnosi 0,45, nekoliko višje pa za lestvico funkcionalnost socialnih vlog ($r = 0,55$).

4.0 Razprava

V pričujoči študiji smo želeli s preliminarno aplikacijo preveriti zanesljivost in veljavnost slovenskega prevoda OQ-45,2. Pri tem smo stremeli k uporabi čim bolj identičnih postopkov, kot so jih uporabili avtorji izvirnega inštrumenta. Ugotovili smo relativno zadovoljivo zanesljivost in veljavnost – izjema je le lestvica funkcionalnost socialnih vlog, ki ima nezadovoljivo notranjo zanesljivost. Glede na rezultate iz priročnika je prišlo do nekaterih odstopanj, ki jih predstavljam v nadaljevanju.

Do prvih odstopanj od postopkov, ki so jih uporabili avtorji izvirnega inštrumenta je prišlo že pri samem vzorčenju, saj iz ekonomskih razlogov ni bilo mogoče replicirati strokovno ustreznega,

nepristranskega vzorčenja. Oba vključena vzorca nista bila reprezentativna, pa tudi po številu udeležencev sta bila precej manjša. Neklinični vzorec v naši študiji je bil starostno bolj heterogen, spolno pa bolj homogen in je v veliki meri vključeval osebe, ki so se na tak ali drugačen način poklicno srečevale s psihoterapijo, več kot polovica pa jih je imela vsaj univerzitetno ali višjo izobrazbo. V podobnem smislu je prišlo do znatnih razlik pri kliničnem vzorcu, saj je bilo spričo strogih zdravstveno-etičnih standardov in izredno veliki nezainteresiranosti strokovnega osebja za sodelovanje v študiji aplikacijo v kliničnem kontekstu izredno težko izpeljati. Zato je tudi število udeležencev kliničnega vzorca izredno skromno. Vzorec je v primerjavi s kliničnim vzorcem, opisanem v priločniku, mnogo bolj starostno heterogen in spolno homogen (medtem ko je bil vzorec v priločniku po spolu uravnotežen, je bila v našega vključena le ena ženska), značilne razlike pa so bile tudi v izobrazbeni strukturi – medtem ko je iz konteksta razvidno, da priločnik opisuje klinični vzorec študentske populacije (čeprav izobrazbena struktura ni eksplisitno opisana), je imela večina respondentov (92%) v našem kliničnem vzorcu 3 oz. 4-letno poklicno šolo.

V priločniku vidimo, da je bila uporabljena raziskovalna paradigma po konceptu preverjanja učinkovitosti v smislu »effectiveness«, ki temelji na realnih pogojih klinične prakse, kjer vzorec ni selekcioniziran in kontroliran po spremenljivkah, kot so jakost in vrsta motnje, starost, spol, izobrazba ipd. Kljub temu pa predvidevamo, da je bil klinični vzorec, ki ga opisujejo v priločniku, po prevalenci motenj približno analogen vzorcu, ki ga opisujejo zavarovalniške statistike, po katerih so najpogostejše motnje iz spektra anksioznih motenj in depresivnost. Izkazalo pa se je, da je bila velika večina v naš klinični vzorec vključenih respondentov obravnavanih zaradi alkoholizma. V priločniku sicer simptomatska struktura vzorca ni specifizirana, vendar se zdi umestna domneva, da je bil vzorec v priločniku po simptomatski sliki mnogo bolj heterogen. Vsi ti dejavniki bi lahko prispevali k temu, da smo pri obeh naših vzorcih dobili pomembno nižje rezultate, kot jih opisujejo v ameriški in nemški študiji. Možen vzrok nižjih rezultatov pri nekliničnem vzorcu je tudi sestava samega vzorca, kjer je bilo veliko posameznikov, ki se profesionalno ukvarjajo s psihoterapijo. Znano je, da je zanikanje pomembna komponenta odvisnosti, kar bi lahko delno pojasnjevalo nižje rezultate pri kliničnem vzorcu, v katerem so prevladovali respondenti, obravnavani zaradi težav z alkoholom. Neustrezno vzorčenje pa bi lahko pojasnjevalo tudi nezadovoljivo zanesljivost lestvice funkcionalnost socialnih vlog.

Pri omenjanju metodoloških odstopanj od izvirmih postopkov naj omenim še skromnejši nabor uporabljenih inštrumentov, čemur je botrovala nezavidljiva situacija na področju psihodiagnostičnih inštrumentov v našem prostoru. Nobeden izmed inštrumentov, ki so jih uporabili avtorji izvirmika namreč nima legitimnega slovenskega prevoda. Izbrala sem inštrumente, ki se pri nas v klinični praksi kljub temu pogosto uporabljajo in imajo v originalu izredno dobre psihometrične karakteristike, tako da smemo domnevati, da so relativno zadovoljive tudi v teh »ad hoc« prevodih. Pri aplikaciji na neklinični populaciji sem za razliko od avtorjev izvirmika namesto BDI uporabila CESD, saj je ta pri neklinični populaciji mnogo bolj diskriminira.

Lahko zaključimo, da je zanesljivost in veljavnost slovenskega prevoda OQ-45,2 relativno zadovoljiva, nekoliko previdnosti je potrebno le pri lestvici funkcionalnost socialnih vlog, katere notranja zanesljivost je bila pri preliminarni aplikaciji nezadovoljiva.

Smiselno bi bilo ponovno podrobno pregledati in po potrebi morebitno popraviti postavke, vključene v lestvico funkcionalnost socialnih vlog, predvsem pa ponoviti aplikacijo slovenskega prevoda OQ-45,2 na večjem številu udeležencev in ob bolj ustreznem vzorčenju.

5.0 Zaključek

Če povzamemo dobljene rezultate lahko zaključimo, da je inštrument OQ-45,2 veljaven in ima relativno dobro retestno zanesljivost, glede notranje konsistentnosti pa je ta v glavnem zadovoljljiva, nekoliko vprašljiva pa je pri lestvici funkcionalnosti socialnih vlog, kjer je bila pri nekliničnem vzorcu nezadovoljljiva.

Kljub nekaterim pomanjkljivostim, ki so se pokazale v pričujoči študiji in so najverjetneje v veliki meri plod neustreznega vzorčenja, pa ima OQ-45,2 pri spremljanju poteka psihoterapevtske obravnave nedvomno ideografsko veljavnost, s čimer lahko znatno pripomore k izboljšanju kvalitete psihoterapevtske obravnave. Po eni strani omogoča povratno informacijo terapevtu, da lahko bolj ustrezno koncipira nadaljnjo obravnavo ter prepreči morebitne izstopne iz obravnave, po drugi strani pa deluje motivacijsko na klienta. Klientov angažma v terapiji je eden od ključnih dejavnikov iz nabora t. i. skupnih faktorjev, ki pripomorejo k uspehu psihoterapije (Wampold, 2001).

Uporabnost OQ-45,2 presega okvirje vsakdanje psihoterapevtske prakse, saj ponuja številne implikacije tudi na sistemskem nivoju. Možnosti, ki jih odpira z objektivizirano evalvacijo so v trenutku, ko stojimo pred oblikovanjem zakona o psihoterapiji, za naš prostor še toliko bolj pomembne. Poleg standardov kvalitete, ki jih je z objektivizirano evalvacijo lažje zagotoviti, pa evalvacija in sledenje terapevtskega procesa prek sistema z OQ-45,2 omogoča financerjem vpogled v napredek psihoterapevtske obravnave, ne da bi bilo terapevtu zato potrebno razkriti s konceptom zaupnosti zavarovane podatke. Z OQ-45,2 je mogoče nazorno utemeljiti in prikazati, zakaj je neka seansa potrebna oz. zakaj ni. V Nemčiji se tako OQ-45,2 na široko uporablja pri utemeljevanju kontingenta ur psihoterapije pri zdravstvenih zavarovalnicah (Lambert in dr., 2004). Glede na dobre izkušnje iz Nemčije in glede na določene podobnosti med nemškim in slovenskim psihoterapevtskim prostorom bi bil to morda lahko primer dobre prakse, ki bi ga veljalo upoštevati tudi pri nas.

Poleg praktičnih in sistemskih indikacij OQ-45,2 naj omenim še raziskovalni, ki postajajo v času, ko se želi psihoterapija etablirati kot znanost, še kako aktualne. Le malo dosedanjih raziskav v Sloveniji izpolnjuje kriterije znanstvenega (kvantitativnega in kvalitativnega) raziskovanja, s čimer jih lahko uvrstimo med veljavne raziskave učinkovitosti psihoterapije (Šugman Bohinc in Kobal, 2002). Tako lahko v naši trenutni slovenski situaciji OQ-45,2 odpira nove možnosti tudi v tem smislu. S svojo široko razširjenostjo (preveden v 12 jezikov) pa ponuja številne možnosti mednarodnega povezovanja in odpira slovensko psihoterapijo v svetovni prostor.

Literatura

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. in Erbaugh, J. (1961). *An inventory for measuring depression*. Archives of General Psychiatry, 4, 561–571.
- Derogatis, L.R. (1997). *The SCL-90 Manual I: Scoring, administratorion, and procedures for the SCL-90*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Fogel, J. (2004). *Evidence-Based Psychotherapy Outcomes Assessment*. [Http://www.medscape.com/viewarticle/471654](http://www.medscape.com/viewarticle/471654) (6.2.2009).
- Kobal, L. in Šugman Bohinc, L. (2002). *Prikaz evalvacijskih študij psihoterapije v Sloveniji*. V M Možina in Bohak (ur.), Zbornik 2. študijskih dnevov SKZP. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Kos, T. (2009). *Preverjanje veljavnosti in zanesljivosti slovenskega prevoda OQ-45,2*. Diplomsko delo,

- Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, oddelek za psihologijo.
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D. Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C. idr. (2004). *Administration and Scoring Manual for the OQ-45*. Orem, UT: American Professional Credentialing Services.
- Radloff, L. S. (1977). *The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population*. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. PaloAlto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Tekavčič - Grad, O. in Topolovec, D. (2003). *Suicidalni klicalec*. V: O. Tekavčič – Grad (ur.) *Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah*. Ljubljana: Založba ZRC.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.